

Helse- og omsorgsdepartementet

Oslo, 27. mai 2022

| | | |
|------------|----------------|----------|
| Deres ref. | Deres dato | Vår ref. |
| 21/4593 | 26. april 2022 | kbs |

Innspill til regjeringens opptrappingsplan for psykisk helse – Barn og unge

Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) takker for muligheten til å komme med innspill, både muntlig i møtet den 13. mai og skriftlig. Vi gjør oppmerksom på at dette skriftlige innspillet kun gjelder barn og unge, som forbundets representanter trakk frem på innspillmøtet. Vi vil komme tilbake med ytterligere et innspill, som også innbefatter voksne, innen fristen 1. september.

I dette innspillet vil vi først si noe om hvorfor fysioterapeuter ønsker å bidra i arbeidet med regjeringens opptrappingsplan. Deretter vil vi gi innspill på spørsmålene statsråden stilte i invitasjonsbrevet.

Hvorfor fysioterapeuter?

Senere års kunnskap har beveget det medisinske fagfelt over i en mer helhetlig biopsykososial forståelse av helse. Dette innebærer blant annet at psykisk og fysisk helse må ses i sammenheng. Kroppen er en viktig informasjonskilde, ressurs og utgangspunkt for terapi, men dette har vært lite anerkjent og benyttet i psykiatri og psykisk helsevern.

Samtaleterapi alene kan ta oppmerksomheten vekk fra kroppen. Ved å fokusere på det som erfares gjennom berøring og bevegelser, kan nye forbindelser mellom forhistorie og nåværende situasjon skapes. Vi opplever også ofte at det er "ufarlig" for barn og unge å oppsøke fysioterapeut. Ofte kan de henvende seg for enkle problemstillinger, som for eksempel hodepine eller smerter i nakke/skulder. Over tid, når barnet er blitt mer kjent med fysioterapeuten, åpner det seg mer og problemene viser seg å være mer sammensatte.

Opptrappingsplanen må bidra til en endring slik at også kroppen og somatikken kobles på. En større tverrfaglighet må sikres. Og i den sammenheng har fysioterapeuter en viktig rolle, for som vi pleier å si: fysioterapeuter «kobler toppen med kroppen».

Vi opplever i dag at fysioterapitjenesten både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er svært underdimensjonert tatt i betraktning det økende antall barn og unge med psykiske og sammensatte problemer.

Spørsmål 1: Hva er de viktigste tiltakene for å få til god helsefremming og forebygging?

Det helsefremmende og forebyggende arbeidet må starte tidlig. Både helsestasjon, barnehage og skolehelsetjeneste er viktige arenaer som opptrappingsplanen må vie oppmerksomhet og inneholde egnede tiltak.

HELSESTASJON:

Ifølge Nasjonale retningslinjer for helsestasjonen 0-5 år skal helsefremmende og forebyggende arbeid vektlegges. Det er viktig at både fysioterapeuter og helsesykepleiere trekkes inn i dette arbeidet! Enkeltbarn blir fanget opp ved helsestasjonen. Tidlig innsats er en grunnpilar for barn som trenger individuell oppfølging.

I grupper på helsestasjonen møter foreldre andre foreldre i lignende situasjon der personalet, ofte i et samarbeid mellom helsesykepleier og fysioterapeut, bidrar til å styrke foreldrerollen. Gruppene handler i stor grad om normalisering av vanlige utfordringer og samtale rundt det som opptar foreldre knyttet til vekst og utvikling. Dette er viktig forebyggende arbeid og må videreføres og satses videre på i alle landets kommuner. Beklageligvis blir ikke dette arbeidet alltid prioritert i kommuner med stram økonomi, og NFF har mange ganger opplevd at slike stillinger står i fare for kutt.

- NFF mener at det har vist seg at det ikke holder at fysioterapeut er en «bør-tjeneste», men at fysioterapeuten må tilbake som en «skal-tjeneste» i helsestasjonsvirksomheten. Dette for å sikre den nødvendige faglige kompetansen.

BARNEHAGER:

Fysioterapeuten i kommunehelsetjenesten kan i langt større grad enn i dag benyttes for å bidra inn i arbeidet med å utvikle helsefremmende barnehager.

Ifølge de nye nasjonale faglige rådene¹ for fysisk aktivitet og stillesitting skal barn mellom 1 og 5 år være i fysisk aktivitet 3 timer per dag. Her kan fysioterapeuten bidra med veiledning og inspirasjon til barnehagene som i stor grad må legge til rette for fysisk aktivitet for alle barn, ettersom så mange barn tilbringer storparten av sin våkne tid i barnehagen.

Forskning viser at boltreplass ute var redusert med hele 12 kvm per barn for barnehager bygget etter 2006, sammenlignet med de som ble bygget før 1975². Utviklingen som går i retning flere barn på mindre plass bekymrer oss, da dette nødvendigvis innebærer mindre rom til fysisk aktivitet og mindre plass til å kunne trekke seg tilbake alene, eller i mindre grupper.

- NFF mener barnehagene må være godt tilrettelagt for fysisk aktivitet og med lekearealer, både inne og ute. Dette vil stimulere barnas motoriske utvikling og bevegelsesglede. Dette må reguleres i lover og forskrifter, og da er det ikke tilstrekkelig å stille krav til antall kvadratmeter. Fysioterapeuter kan med sin kompetanse bidra til å gi råd om universell utforming av inne- og utearealer.

¹ <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling/barn-og-unge>

² <https://forskning.no/arkitektur-barn-og-ungdom-nmbu-norges-miljo-og-biovitenskapelige-universitet/sma-uteomrader-i-skoler-og-barnehager-skaper-bekymring/1625321>

SKOLEHELSETJENESTE:

Ifølge Nasjonal faglig retningslinje for skolehelsetjenesten 5-20 år, skal også helsefremmende og forebyggende arbeid vektlegges. Skolehelsetjenesten er en viktig forebyggende tjeneste som kan bidra til økt helsekompetanse og en bedre fysisk og psykisk helse for barn og unge. Skolehelsetjenesten kan bidra til at ungdommene gjennomfører skoleløpet.

Data fra HUNT viser at frafall fra skolen ofte henger sammen med helseutfordringer³. Annen forskning er også interessant i denne sammenheng⁴.

Fysioterapeuten har mulighet til å dra på hjemmebesøk og bidra i tilretteleggingen for hva som skal til for å få eleven tilbake til skolen. I mange situasjoner opplever fysioterapeuten at vi er de eneste som drar hjem til elevene.

Fravær fra skolen starter ofte med fravær i kroppsøvingstimer. Her er det viktig at fysioterapeut blir koblet på tidlig for å tilrettelegge for tilpasset kroppsøving. Det bør legges inn føringer for dette i Nasjonal faglig retningslinje for skolehelsetjenesten, sånn at det blir tydeligere at fysioterapeuten må kobles på her.

Fysioterapeuten i kommunehelsetjenesten kan benyttes i langt større grad enn i dag, og vi mener at det her finnes en uutnyttet eller uforløst ressurs i mange kommuner. Blant annet kan fysioterapeuten bidra med tiltak for mer fysisk aktivitet og bevegelsesglede i skolen, ufarliggjøring av «vondter», og andre forebyggende og helsefremmende tiltak som øker barnas helsekompetanse⁵.

Det finnes allerede mange tverrfaglige team mellom skole og skolehelsetjeneste, men i for liten grad er fysioterapeuten koblet på. Kanskje henger det sammen med manglende kunnskap om at kropp og psyke henger sammen, at det ikke er nok kunnskap om at fysioterapeuten med sin kroppslige innfallsvinkel ofte har lett for å komme i posisjon til å hjelpe ungdommene. Vi må hjelpe de barna som er "ferdig snakka".

UTFORDRINGER: Det har vært stort fokus på å styrke skolehelsetjenesten de siste årene og det har blitt ansatt flere helsesykepleiere i landets kommuner. Nye stillinger for fysioterapeuter som jobber med barn og unge har imidlertid nærmest uteblitt. For å jobbe systematisk og tverrfaglig med

³ <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0074954>

⁴ Bohman et al (2018) så i sin studie at svenske ungdommer med somatiske symptomer hadde økt risiko for å få psykiske helseproblemer som krevde innleggelse i psykiatrien som voksen. De hadde da justert både for kjønn, og depresjon og angst hos ungdommene.

Lien et al (2011) så på norsk ungdom og smerteplager som risikofaktor for psykiske plager. De konkluderte med at smerteplager blant ungdom bør tas alvorlig, og at man må være bevisst på komorbiditet og fremtidig utvikling av psykiske helseproblemer hos disse ungdommene.

Samme funn er støttet av internasjonal forskning (Rees et al, 2011, Batley et al, 2019). De kroppslige plagene som trekkes frem i disse studiene, er ofte plager som havner inn under benevnelser som sammensatte helseplager. Forrige uke publiserte Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom, 2021) nøkkeltall vedrørende barn og unges psykiske helse under Covid-19-pandemien.

⁵ <https://www.fysioterapeuten.no/nav-skolehelsetjenesten-ungdom/ungdommen-ma-ikke-sykeliggjores/112289>

forebyggende arbeid er det behov for flere barne- og ungdomsfysioterapeuter i landets kommuner. Slik det er nå, er det meste av tiden til fysioterapeutene brukt til kurativt arbeid. Skolehelsetjenesten må få tilført ytterligere ressurser, og midler til økt antall fysioterapeuter i tjenesten må sikres. Ifølge våre beregninger mangler det om lag 500 fysioterapeutårsverk i tjenesten for å oppfylle Helsedirektoratets anbefalte bemanningsnorm fra 2010 (0,7 fysioterapeut per 100 barn).

Kommunale fysioterapeuter i små kommuner har ofte ansvarsområde fra 0-100 år. Det helsefremmende og forebyggende arbeidet blir generelt lett bortprioritert grunnet mange individuelle henvisninger og potensiell inntekt til kommunen ved at de over 16 år betaler egenandel. Vi erfarer at når kommuneøkonomien blir trang, er det mange kommuner som kutter i stillinger som benyttes i det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Derfor mener vi at det er behov for en bindende bemanningsnorm i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

- NFF mener at et lett tilgjengelig lavterskeltilbud som skolehelsetjenesten er, bør raskt på plass der den mangler og rustes opp der den ikke er tilstrekkelig og tverrfaglig bemannet.
- En bemanningsnorm må på plass og skolefysioterapeut må igjen bli en skal-tjeneste.

Spørsmål 2: Hva er de viktigste tiltakene for å få god og tilgjengelig hjelp?

BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI (BUP): Tatt i betraktning av hvor viktig det er å se kropp og psyke i sammenheng, er det skremmende og overraskende få fysioterapeuter i BUP. Per i dag finnes det kun 6 årsverk fysioterapeut i BUP på landsbasis.

Det er viktig med en mer helhetlig (biopsykososial) oppfølging av barn og unge som henvises til barne- og ungdomspsykiatrien. En stor andel av barna som henvises til utredning og behandling i BUP har sammensatte plager der både fysiske og psykiske symptomer preger barnets hverdag. Dette er en pasientgruppe der fysioterapeuter med kunnskap om barn og unge, inkludert fysioterapeuter med psykomotorisk kompetanse, kan spille en avgjørende rolle i behandlingstilbudet. Dette bør på plass i en nasjonal retningslinje for BUP. I Legeforeningens faglige veileder for BUP er behovet for fysioterapeuters kompetanse anbefalt⁶.

Fraværet av fysioterapeuter med spesialkompetanse er en svakhet i det psykiske helsetilbudet til barn og unge per i dag. Mange barn og unge som mottar behandling i BUP har underliggende somatisk sykdom og det er essensielt at spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern har kompetanse til å gjennomføre en somatisk kartlegging av disse pasientene. Parallelt med behandlingen i BUP følges mange av pasientene også av barnelege eller fastlege, men ansvarsfordelingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er ofte uklart definert. Pasientene opplever ikke sjelden å være kasterballe mellom de forskjellige behandlingsnivåene.

Mange fysioterapeuter opplever at barn og unge avsluttes fra BUP og overføres i større eller mindre grad til lokalt hjelpeapparat, med for store problemstillinger. Det ville vært svært hensiktsmessig for lokale fysioterapeuter å ha fysioterapeuter med spesialkompetanse på feltet å henvende seg til ved BUP for veiledning og støtte i kompliserte saker. Per i dag er det ikke-eksisterende samtidig som behovet er stort. Dette ville kunne bidra til bedre tilbud til disse barna.

⁶ <https://www.legeforeningen.no/contentassets/308e31a34fb84ab59b7fe2cd0159c476/bup-med-innholdsfortegnelse-nt010719.pdf>

EGENANDELER: Ungdom er økonomisk avhengig av sine foreldre, samtidig som foreldrene ikke nødvendigvis har kunnskap om ungdommens plager, fordi deres innsynsrett er begrenset. Fra et likeverdig helse- og omsorgstjenesteperspektiv er det viktig at ungdom ikke skal være nødt til å velge bort fysioterapi pga. familiens eller egen økonomi. Det er dessuten vanskelig å se hvorfor aldersgrensen for egenandelsfritak skal være høyere hos psykolog enn hos fysioterapeut.

HENVISNINGSRETT: Fysioterapeuter med spesialkompetanse innen psykomotorisk fysioterapi må få henvisningsrett til BUP. Det vil forenkle veien inn til BUP for barn og unge med psykiske og psykosomatiske lidelser. Det vil da bli lettere å få tilgang til riktig behandling til rett tid. Forslaget vil bety forenkling og tidsbesparelse for både pasienten og helsetjenesten og det vil bidra til å fjerne unødig byråkrati og dobbeltarbeid i helsetjenesten. For pasientene kan det også bety en liten reduksjon i utgifter (jf. egenandel legebæsj).

Fastlegen er en portvokter til velferdsgodene, som helsetjenester og trygdeytelser er. Selv om NFF i støtter at fastlegen skal ha en slik rolle, erfarer fysioterapeuter at dette tidvis er en uhensiktsmessig arbeidsfordeling, og at dette kan forsinke prosessen for pasientene. Dette var NFFs hovedargument for utvidelsen av direkte tilgang, som trådte i kraft fra 2018. Det er ingen grunn til å anta at henvisningsrett for fysioterapeuter med spesialkompetanse vil innebære en svekkelse av legens rolle, så lenge krav om epikrise fortsatt er gjeldende.

Et annet hensyn som taler for henvisningsrett er at det er behov for bedret samarbeid om denne pasientgruppen. Henvisningsrett kan være et verktøy som nettopp kan bidra til økt samhandling mellom behandlere på langs og på tvers av helsetjenesten, det vil si mellom ulike behandlere i kommunehelsetjenesten, men også mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

INFORMASJON: NFF mener at det bør finnes bedre oversikt over tilbud og muligheter på kommunenes og skolenes nettsider. På skolenes nettsider er det ofte en oversikt over skolehelsetjenesten. Det er viktig at det her er opplyst om ansvarlig fysioterapeut ved skolen og kontaktinfo, i tillegg til helsesykepleier og andre aktører. Det bør vurderes om fysioterapeuter i større grad bør ha åpen dør på skolen på lik linje med helsesykepleier, både for tilgjengelighet for elevene og samarbeidet med skolens personale.

NFF mener at:

- Det må på plass flere fysioterapeuter i BUP. Nasjonal faglig retningslinje bør innbefatte dette.
- Det bør innføres fritak for egenandel for helsetjenester for ungdom mellom 16–18 år. Dette vil koste lite og bety mye.
- Fysioterapeuter må få henvisningsrett til BUP.
- Informasjon om eksisterende tilbud må tydelig fremkomme både på kommunenes informasjonssider, og når det gjelder skolenes nettsider.

Spørsmål 3: Hva er de viktigste tiltakene for å sikre et godt tilbud til de med alvorlige og sammensatte utfordringer?

Tydlig og tilgjengelig skolehelsetjeneste: Jobbe for hjelp til selvhjelp og verktøy for å håndtere egen situasjon, på lavest mulig nivå i tiltakskjeden. Dvs. ikke "skape pasienter", men hjelpe de m der de er

(skolen). Tilgjengelighet og ekspertise på feltet, særlig behov for fysioterapeut ansatt ved BUP, som kan ha spisskompetanse på feltet.

Det er behov for flere psykomotoriske fysioterapeuter i kommune helsetjenesten og i BUP.

Tydelige samhandlingslinjer, på samme måte som innen habiliteringstjenesten. Ved utviklingsforstyrrelser, vil fysioterapeut i 1. linjetjenesten vanligvis ta kontakt med fysioterapeut i spesialisthelsetjenesten (habiliteringstjenesten) for veiledning om videre saksgang og tiltak ved behov. Ved pasienter som har utfordringer innen psykisk helse, er det ingen klare linjer for hvor fysioterapeuten skal henvende seg for veiledning.

Dette kan illustreres med et eksempel:

Jente 16 år som er henvist fra helsesykepleier grunnet kneproblemer. Det kommer frem i samtale med fysioterapeut at hovedutfordringen er stress og prestasjonsangst ved presentasjoner på skolen. Eleven har tidligere hatt lang oppfølging i BUP (9 år) grunnet spiseforstyrrelser, men har avsluttet oppfølging i BUP. Ingen epikrise fra BUP foreligger.

Vi jobber med verktøy for stressmestring, bevisstgjøring av pust, finne roa etc. En dag har eleven tegn på selvskading. Hun sier selvskadingen gir en opplevelse av kontroll. Fysioterapeuten tar kontakt med skolepsykolog som har lite kapasitet, men kan ta en kartleggingssamtale etter noen uker. Her skulle fysioterapeuten ønske at det var mulig å kontakte fysioterapeut ved BUP, som kanskje hadde hatt spisskompetanse på feltet, kanskje kjennskap til saken fra før og noen å søke veiledning hos. Per i dag er det noe som mangler i oppfølgingssystemet her. I slike saker er det ikke gitt at det er greit å vente i flere uker med å få veiledning, samtidig som eleven selv kanskje ikke opplever problemet så stort at det er ønske om å søke hjelp fra andre enn fysioterapeuten. Dette kan bli en veldig ensom problemstilling å sitte med for fysioterapeuter i 1. linjetjenesten som i utgangspunktet er generalister, men med spesiell kunnskap om barn og unge.

Tverrfaglige team, der fysioterapeuten som har stor kjennskap om sammenhengen mellom kropp og psyke deltar. Ofte består slike team i for stor grad av pedagogisk kompetanse og mindre helsekompetanse.

Anerkjennelse av sammenhengen mellom kropp og psyke: Psykisk helse feltet må utvikle seg vekk fra at menneske er «stykkevis og delt» i psyke og soma.

Spørsmål 4: Gi gjerne konkrete eksempler på tiltak eller løsninger dere mener fungerer godt.

Forslag:

- Helsestasjonsgrupper i samarbeid med helsesykepleiere fungerer godt i mange kommuner.
- Arbeidsmetoden MEST i skolehelsetjenesten fra Trondheim kommune er en hensiktsmessig modell for helsefremmende og forebyggende arbeid i skolen⁷
- Aktiv skole i Stavanger kommune⁸, der fysioterapeuter stimulerer til bruk av fysisk aktivitet som pedagogisk virkemiddel i ulike fag.

⁷ <https://sites.google.com/trondheim.kommune.no/mestalle/hva-er-mest-i-skolehelsetjenesten>

⁸ <https://www.stavanger.kommune.no/naring-og-arbeidsliv/kunnskapsbyenStavanger/aktiv-skole---forsknings-og-utviklingsprosjekt/>

- Tilgang til psykomotoriske fysioterapeuter sånn at det er noen å henvise til ved sammensatte saker om tilrettelegging og lavterskeloppfølging ikke er tilstrekkelig. Dette krever flere hjemler for psykomotoriske fysioterapeuter.
- Tilrettelagt gruppebehandling for pasienter med sammensatte lidelser, for å avlaste en til en behandling.
- Tverrfaglige kommunale team, der fysioterapeuter er inkluderte, for å sikre god samhandling /overføring av pasienter som er i behov av videre tverrfaglig behandling og sette i gang gode tiltak.
- Rehabiliteringstjenesten sin organisering og samhandling med kommunene fungerer godt og burde være en modell for hvordan BUP-systemet burde fungere. Per i dag er avstanden til BUP altfor stor, det er nesten ingen samhandling mellom kommunehelsetjenesten og BUP.

Vennlig hilsen

Gerty Lund
forbundsleder

Kari Bente Sørli
seniorrådgiver

Brevet er elektronisk godkjent 27. mai 2022.